

**彰化縣身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助  
申請體格檢查證明書**

姓名		性別		相 片
身分證統一編號				
出生年月日	年 月 日	檢查日期	年 月 日	
住址				
身 高	公分			
體 重	公斤			
血 壓	/ 毫米汞柱			
肺 結 核 檢 查	(須請胸腔專科醫師判讀並蓋章)			
梅 毒 檢 查				
Anti-HIV				
Anti-HCV				
B 型 肝 炎 表 面 抗 原				
生化檢查：	CBC : WBC : _____ RBC : _____ HB : _____ Plt : _____ BUN : _____ Cr : _____ GOT : _____ GPT : _____ Alb : _____ MCV : _____ T-CHO : _____ TG : _____			
皮 膚				
精 神 狀 況				
呼 吸 系 統				
尿 液 檢 查	(1)白血球	(2)尿潛血	(3)蛋白質	(4)葡萄糖
糞 便 檢 查	(1)桿菌性痢疾	(2)阿米巴痢疾	(3)寄生蟲感染	
建議注意事項				
檢查醫院：	(加蓋醫院關防)			
檢查醫師：	(簽章)			
中 華 民 國	年	月	日	